FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SUR UNE VARIÉTÉ SPÉCIALE

DE

KYSTES PAR RÉTENTION

DE LA GLANDE MAMMAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Auguste ROGEAU,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ex-interne lauréat des hôpitaux de Lille (1871-72),
Interne provisoire des hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société anatomique.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rue Monsieur-le-Prince, 29-31

1874

Souvenir de la Pitié.

Dr Rogeau

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SUR UNE VARIÉTÉ SPÉCIALE

DE

KYSTES PAR RÉTENTION

DE LA GLANDE MAMMAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Auguste ROGEAU,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ex-interne lauréat des hôpitaux de Lille (1871-72),
Interne provisoire des hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société anatomique.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rue Monsieur-le-Prince, 29-31

1874

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE, D'UN FRÈRE ET D'UNE SŒUR.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES :

M. HÉRARD,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,

M. LABBÉ,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien à l'hôpital de la Pitié,

Hommage respectueux de son élève.

M. VERNEUIL,
MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

Que M. Verneuil me permette de le remercier de l'affection dont il m'a si souvent donné des preuves. Je compterai, parmi les plus heureux de mon éducation médicale, les quelques mois que j'ai passés comme interne auprès de lui.

A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE LILLE,

Mes premiers maîtres.

SUR UNE VARIÉTÉ SPÉCIALE

DE

KYSTES PAR RETENTION

DE LA GLANDE MAMMAIRE.

INTRODUCTION.

La mamelle est un des organes dont la pathologie chez la femme est des plus complexes. Ses affections nombreuses exigent du chirurgien,—en raison de la difficulté fréquente de leur diagnostic et de la diversité de leur traitement,—une idée complète et précise de leur tableau symptomatique. Il en est parmi elles qui n'empruntent à ce siége aucune particularité, ni dans leur marche, ni dans les indications thérapeutiques : elles appartiennent au même titre à toutes les régions du corps. D'autres, au contraire, et des plus nombreuses, offrent dans ces conditions quelque chose de spécial : tels sont surtout les kystes de la mamelle, affection fréquente sans doute, mais dont l'étude sérieuse ne remonte guère qu'au commencement de notre siècle.

Sans avoir la prétention de faire un historique complet, je dois citer parmi les auteurs étrangers qui ont particulièrement traité de la question :

Astl. Cooper (*Ill. on the diseases of the breast*, London, 1829, p. 18).

Brodie (*Lectures on pathology and surgery*, p. 155 et suiv.).

Birkett (*The diseases of the breast*. London, 1850, p. 64).

Paget (*Lectures on surgical pathology*. London, 1853, vol, II, p. 41, 66).

Mœckel, Müller, Foërster, Billroth, Wirchow, Rokitansky, s'en sont occupés en Allemagne.

En France, Cruveilhier (*Anat path.*, liv. XXVI), Nélaton (*Th. agr. chir.*, 1839), Bérard, (*Diagnostic des tumeurs du sein*, 1842), Velpeau surtout (*Tumeurs de la mamelle*, 1858, p. 352), ont élucidé certains points encore obscurs de l'étude des kystes mammaires. Nous trouvons d'ailleurs disséminées dans la *Gazette des hôpitaux*, le *Bulletin de thérapeutique*, les *Annales de la Soc. de chirurgie et de la Soc. anatomique*, des observations et discussions nombreuses qui viennent très à-propos apporter leur contingent à l'étude du sujet.

Mon intention n'est point de présenter ici un tableau complet des kystes de la mamelle : la matière serait évidemment à l'étroit dans les limites restreintes d'une thèse inaugurale. Je crois utile, néanmoins, d'en donner une vue d'ensemble. Après en avoir exposé brièvement la pathogénie et les divisions nombreuses que nous en ont laissées les auteurs, je m'arrêterai plus spécialement sur une de leurs variétés dont les exemples sont rares, et qui mérite à tous égards le nom de *kystes par rétention*. Mon but est d'en mettre en lumière le mode de formation et les caractères saillants qui en font vraiment un genre à part.

Avant, toutefois, d'entrer dans le cœur du sujet, je crois devoir présenter sur l'anatomie et la physiologie de la

glande mammaire quelques brèves considérations nécessaires à l'intelligence des faits qui vont suivre.

Débarrassée du tissu cellulo-graisseux qui lui forme en général une enveloppe épaisse, la glande mammaire, véritable annexe de l'appareil génital de la femme, se présente sous forme d'une masse conoïde, dont le sommet répond au mamelon, et la base repose, par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche, sur le muscle grand pectoral. Au point de vue de sa structure, elle est le type des glandes utriculiformes composées ou glandes en grappes.

Chez l'homme, son développement est une véritable anomalie dont on ne trouve que quelques rares exemples dans la science. Si on l'examine aux différents âges de la femme, on trouve, dans l'enfance, la glande petite et comme atrophiée, offrant l'aspect d'un tissu fibreux compacte, de couleur blanchâtre. Les lobes inégaux qui la composent se terminent simplement par deux ou trois culs-de-sac. Les canaux excréteurs, à cette époque, sont creux déjà, mais leurs extrémités renflées sont pleines de cellules à noyaux et ne constituent pas, à proprement parler, des vésicules glandulaires. Avec la puberté se développent, par liquéfaction des cellules centrales des bourgeons, de véritables culs-de-sac, dont les grappes rameuses tendent manifestement vers la périphérie de la mamelle.

Mais c'est surtout à l'époque de la lactation que la structure et la disposition granuleuse de la glande s'offrent dans toute leur netteté. En même temps que son tissu devient plus souple au toucher, et prend une couleur d'un jaune rougeâtre, les conduits galactophores, jusqu'alors rétractés et rapprochés du mamelon, s'allongent, poussent des racines de plus en plus profondes, se garnissent à leur extrémité libre de lobules et de culs-de-sac qui se gonflent de lait. Leur indépendance, leur isolement complet au milieu du tissu cellulo-graisseux qui entoure de tou-

tes parts la mamelle et pénètre dans son épaisseur, nous montrent bien que cet organe est véritablement un groupe de glandes distinctes s'ouvrant chacune à la peau par un conduit spécial.

A cet état, la mamelle se compose de lobes (15 à 20) irréguliers, arrondis à leur périphérie, distincts, et pouvant se diviser en lobules réductibles eux-mêmes en acini.

Les vésicules terminales, ovoïdes ou piriformes, qui mesurent de $0^{mm},1$ à $0^{mm},15$ de diamètre, sont constituées par une membrane amorphe tapissée d'un épithélium pavimenteux qui, à l'époque de la lactation, subit des métamorphoses spéciales sur lesquelles j'insisterai plus loin. Chacune d'elles se continue avec un canalicule qui porte son produit de sécrétion. De la fusion de ces derniers naissent les canaux lobulaires, dont l'abouchement successif mène à la formation d'un conduit galactophore.

Ceux-ci, d'un diamètre moyen de 3 à 4 millimètres, et très-dilatables d'ailleurs, se dirigent en convergeant vers l'aréole, au voisinage de laquelle ils deviennent ampullaires, et semblent constituer autant de petits réservoirs où le lait s'accumule et séjourne temporairement (sinus galactophores). Puis, ils se rétrécissent au point de n'avoir plus que 2 à 1 millimètre, et devenus parallèles, vont s'ouvrir par un orifice étroit et distinct entre les tubercules que présente le sommet du mamelon. Leur nombre est variable, et peut être différent dans les deux seins d'une même femme; on en compte en général dix à quinze. Malgré les assertions contraires de Nück (Adenographia curiosa. Leyde, 1691), de Verheyen (Anat. corp. hum., t. I, p. XVIII), et tout récemment de M. Paul Dubois, ils ne communiquent entre eux sur aucun point de leur trajet, comme le prouvent la dissection et les injections colorées.

Au point de vue de la structure, ils présentent un réseau extérieur de fibres élastiques, — une couche moyenne que M. Sappey considère comme musculaire, et dont Kol-

liker conteste l'existence, — enfin, un épithélium cylindrique dans les canaux volumineux et parfois polygonal dans les rameaux secondaires. Ces cellules petites, nucléées, très-intimement unies et légèrement comprimées par les côtés, sont, avec un peu de mucus jaunâtre, tout ce que contient la mamelle en dehors de la période de fonctionnement. Après la conception, leur nombre augmente rapidement et dans des proportions notables. Elles ne forment pas pour cela plusieurs couches ; elles s'intercalent les unes entre les autres, ce qui augmente d'autant la surface des culs-de-sac glandulaires (qui finissent presque par se toucher), et la compression du tissu conjonctif inter-acineux. La dilatation arrivant à son maximum, les cellules épithéliales nouvelles, dont le développement continue sans interruption, ne trouvent de place que si les anciennes se détachent de la paroi de l'acinus : C'est ce qui arrive, et ce fait permet de comprendre comment, dans la seconde moitié de la grossesse, (bien que la sécrétion lactée n'ait point encore commencé) on peut faire sourdre quelques gouttelettes de liquide par le mamelon. Les cellules ainsi détachées subissent la métamorphose graisseuse, et leur altération plus ou moins profonde donne naissance à des globules liés entre eux par une matière visqueuse et plus petits en général que les globules ordinaires du lait. On trouve en outre dans les vésicules glandulaires un certain nombre de cellules pourvues ou non d'une enveloppe, et désignées sous le nom de corpuscules du colostrum. La réunion de ces éléments divers dans un liquide séreux qui devient plus abondant à mesure qu'on se rapproche du terme de la gestation, constitue la nourriture du nouveau-né jusqu'à l'apparition du lait.

Le lait, pris dans les culs-de-sac glandulaires, se compose aussi : 1° D'un plasma qui tient en dissolution de la caséine, du sucre de lait et des sels ; 2° de cellules pleines de globules graisseux, cellules du lait. Elles se détruisent dans

les conduits galactophores où l'on ne trouve plus déjà que des amas de globules, parfois assez considérables, auxquels on a donné le nom de globules du lait, et qui ne présentent plus aucune trace de membrane enveloppante, ni, le plus souvent, de noyaux. Leur abondance plus ou moins grande mesure assez exactement la richesse ou la pauvreté du liquide nourricier (Donné, cours de microscopie, 1844).

Le lait, au point de vue de sa formation, se rapproche donc de la sécrétion des sucs gastrique et intestinal, dans laquelle, comme on le sait, les éléments organisés semblent jouer un rôle important.

Son apparition, quoique intimement liée à la fonction la génération, n'y est point cependant exclusivement rattachée ; des faits incontestables (Audebert. *Gaz. méd.*, 1841, p. 250) ont démontré que des excitations fréquentes du mamelon et la succion ont suffi dans quelques cas à déterminer la formation du lait dans des mamelles depuis longtemps inactives. Le même fait a été observé parfois, mais à titre exceptionnel, chez des nouveau-nés des deux sexes.

Les causes pathologiques peuvent-elles amener le même résultat ? Evidemment oui ; la chose est possible et démontrée d'ailleurs. Nous ne parlons point des cas d'hypertrophie partielle de la glande mammaire, qui représentent, à vrai dire, une surface glandulaire toute disposée pour la sécrétion; ici le doute n'est pas possible (Bull. gén. thérap. Déc. 1857. — Obs. de MM. Goyrand et Lenoir).

Mais qu'une tumeur se développe, par exemple, sur la paroi d'un conduit galactophore : l'irritation produite par cette néoplasie étrangère imprime aux cellules voisines une activité insolite d'où résulte une prolifération rapide. Le liquide, ainsi formé et s'accumulant derrière l'obstacle peut affecter dès l'abord les caractères de la sécrétion normale ; mais il est loin d'être inaltérable ; il se transforme,

il s'y joint de nouveaux produits transsudés ou hémorrhagiques fournis par la paroi, et ainsi s'expliquent les aspects divers qu'il peut présenter suivant les cas. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce sujet.

Les vaisseaux et nerfs de la mamelle sont nombreux. Les lymphatiques dont l'étude seule nous intéresse, — vu leurs altérations fréquentes dans le cas d'affection glandulaire, — forment deux réseaux d'une prodigieuse richesse : l'un d'eux, superficiel ou cutané, recouvre le mamelon et l'aréole ; l'autre, profond, entoure de ses mailles déliées chacun des lobes et lobules de la glande. Leur réunion donne naissance à un plexus, dit sous-aréolaire, d'où partent deux ou trois troncs se rendant aux ganglions de l'aisselle.

HISTORIQUE ET VUE GÉNÉRALE DES KYSTES DE LA MAMELLE. — PATHOGÉNIE SPECIALE DES DILATATIONS KYSTIQUES DES CONDUITS GALACTOPHORES.

On ne se fait point aisément une idée bien nette de la pathogénie des kystes de la mamelle. Cette opinion est exprimée par Nélaton lui-même dans sa pathologie chirurgicale, t. IV, p. 63 : « Si l'on recherche, dit-il, l'origine et le mode de développement de ces divers kystes, on éprouve des difficultés extrêmement grandes pour arriver à une solution satisfaisante. »

Astl. Cooper, semblant confondre d'une manière générale les diverses productions liquides de la mamelle, en reconnaît quatre variétés auxquelles il donne le terme générique de maladie hydatique du sein (*Hydatid disease of the breast*).

La première, désignée par l'auteur sous le nom d'hydatide celluleuse, est une affection rare dont les auteurs français ne rapportent pas d'exemples. Elle est constituée

par une tumeur résultant du dépôt, dans le tissu celluleux interlobulaire, d'une certaine quantité de matière fibrineuse, au sein de laquelle se développent des poches kystiques. Le liquide est séreux ou muqueux, suivant le degré d'inflammation qui a présidé à sa formation. — Dans l'intérieur de ces kystes, on trouve des hydatides suspendues par de petits filaments, et des globules arrondis renfermant eux-mêmes du tissu cellulaire infiltré de sérosité.

Dans la seconde, la mamelle est gonflée et en partie indurée par des masses de lymphe coagulable, épanchée dans le tissu cellulaire. Sur plusieurs points, la tumeur contient des kystes fluctuants dont la surface interne est doublée de lamelles semblables à celles du cristallin ou aux écailles de l'oignon. Ils offrent l'aspect d'une perle et sa structure laminée.

La troisième est l'hydatide vraie, être doué d'une vie propre. C'est un kyste formé dans l'épaisseur de la glande sous l'influence d'un travail d'inflammation adhésive (Adhésive process). Sa surface externe s'entoure, en général, d'une grande quantité de fibrine qui devient très-vasculaire; la paroi interne est directement appliquée contre l'hydatide, mais sans avoir avec elle de connexions par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins.

La quatrième possède les caractères du cancer.

Paget divise les kystes du sein en kystes simples ou stériles (Barren cysts), ne contenant que du liquide, et kystes proligères (Glandular proliferous cysts). dont la surface interne présente des bourgeonnements vasculaires. Ce dernier genre qui, dans un certain nombre de cas, comporte évidemment une erreur dans l'appréciation des faits, fournira plus loin le sujet d'une discussion.

Pour l'auteur anglais, leurs différents modes de formation se rangent sous trois chefs :

1° Quelques-uns de ces kystes sont produits par l'élar-

gissement et la fusion des espaces ou aréoles du tissu fibro-cellulaire;

2° D'autres par dilatation des culs-de-sac ou conduits préexistants;

3° Les derniers, et les plus nombreux peut-être, par l'accroissement énorme d'éléments néoformés, offrant au début les caractères de cellules ou de noyaux.

Birkett leur reconnaît deux origines :

Un état morbide du tissu fibro-cellulaire qui entoure la mamelle; — une dilatation des conduits ou des acini par obstruction de leur calibre. (Malformation du mamelon, pression exercée par une tumeur extérieure, etc.) L'ectasie pourrait siéger sous l'aréole, dans la substance même de la glande, ou à sa face profonde.

Le kyste ne contient que du liquide, ou à la fois du liquide et une tumeur qui offre avec le tissu glandulaire la plus grande ressemblance.

Billroth admet des kystes par rétention dans les conduits lactifères, ou par ramollissement de tumeurs néoplasiques ou inflammatoires.

Pour Foërster, ils pourraient être :

1° Aciniens (extension progressive d'un ou de plusieurs culs-de-sac normaux ou néoformés);

2° Canaliculaires, par extension d'un des conduits de la glande (Kystes d'involution de Moeckel, hypertrophie conjonctive d'un lobule amenant l'oblitération partielle d'un conduit galactophore, épaississement du lait);

3° Il pourrait s'en développer aux dépens de tumeurs intrà-mammaires. (Tumeurs cystoïdes glandulaires simples ou composées.)

Nous nous contenterons de ce rapide aperçu des divisions proposées par les auteurs étrangers.

Parmi les auteurs français, Nélaton, appuyant sa classification sur l'époque du développement des kystes et

les indications différentes qui en résultent pour la thérapeutique, les scinde en deux groupes : uni ou multi-loculaires. Bérard admet cette division.

M. Verneuil, mon maître, dans une discussion à la Société de chirurgie (1854-55), reconnaît dans la mamelle trois genres de kystes :

1° Dilatation des conduits galactophores ;

2° Dilatation des grains glanduleux, contenus dans une gangue fibreuse et ayant perdu ou conservé leurs connexions avec les canaux excréteurs. C'est cette lésion qui est le point de départ de la maladie connue sous le nom d'hydatide de la mamelle ;

3° Souvent on trouve de véritables hygromas à la périphérie de la glande ou à son centre, et dans ce cas, ils coïncident avec l'hypertrophie partielle.

Remarquons, en effet, que la mamelle atteinte d'induration hypertrophique réalise merveilleusement les conditions qui président au développement de ces bourses séreuses :

Existence d'un produit solide résistant,
Présence d'un tissu cellulaire lâche,
Mobilité grande de la région,
Absence de travail inflammatoire et de tendance à l'envahissement.

Lebert (Anat. générale et spéciale, Paris, 1857, t. I) admet :

1° Des kystes par dilatation d'un conduit ;

2° Des kystes autogènes, par épanchement d'une petite quantité de liquide dans les interstices des éléments fibreux où il n'existait d'abord qu'une simple lacune qui, en s'agrandissant, devient plus régulière, se revêt d'une paroi distincte, et présente alors les caractères d'un kyste lacuneux ;

3° Dans le tissu cellulaire lâche, il se dépose un liquide

qui s'entoure ultérieurement d'une enveloppe, et forme une collection indépendante.

Velpeau ne considère que le contenu des kystes mammaires : ils sont séreux, séro-sanguins, séro-muqueux. Or, la paroi étant soumise, comme le reste de l'économie, aux lois qui régissent la nutrition, est le siége de phénomènes d'absorption et d'exhalation qui ont le plus souvent pour conséquence de changer la nature du liquide intérieur. Le stade initial, seul, permet d'étudier dans toute leur pureté les sécrétions qui ont été le point de départ de la tumeur.

Velpeau admet, comme origine de ces affections, la transformation successive des liquides organiques épanchés (sang ou lymphe), le plus souvent sous l'influence d'une violence extérieure ou d'un trouble dans les fonctions menstruelles. C'est surtout à propos des kystes multiples séro-sanguins qu'il développe cette hypothèse (*Loco citato*, II[e] édit., p. 392 et suiv.)

Dans un travail tout récent (*Journal d'anatomie* de M. Ch. Robin), M. Cadiat adopte cette conclusion : que les tumeurs cystiques du sein ne sont autre chose que des transformations s'opérant progressivement aux dépens d'éléments glandulaires de formation nouvelle.

La même opinion, vraie sans doute dans quelques cas, mais qui nous semble par trop exclusive, a été déjà plusieurs fois exprimée. (Astl. Cooper, Giraldès, Broca.) « Avec le temps, dit Velpeau, le tissu des hypertrophies glandulaires se raréfie ; il s'y creuse des vacuoles, des loges, de véritables kystes ; une foule de ces productions ont pour origine une tumeur hypertrophique. » (Velpeau, *Hyp. glandulaire.*)

Pour nous, n'ayant en vue dans ce chapitre que la pathogénie spéciale des kystes développés aux dépens des

acini et des conduits galactophores, nous leur reconnaissons trois modes possibles de formation : (1)

1° Les culs-de-sac glandulaires et les canaux lactifères subissent dans leurs éléments épithéliaux une prolifération active qui en obstrue la cavité, et leur donne à la coupe l'aspect de cylindres pleins. Le centre de la tumeur ainsi formée subit la dégénérescence granulo-graisseuse, devient une masse grise ou jaunâtre qui est progressivement résorbée : il reste une poche kystique, toujours très-petite, circonscrite par la paroi propre des conduits ou des acini, et qui contient un liquide albumineux, muqueux ou des éléments cellulaires.

Cette première classe se subdivise elle-même en deux catégories :

Dans la première, les kystes accompagnent une néoformation de la mamelle. (Fibrome, carcinome surtout.)

L'épithélium a proliféré dans ce cas par irritation de voisinage.

La seconde est indépendante de toute production étrangère : tels sont les kystes multiples, d'aspect verdâtre, le plus ordinairement petits comme des lentilles ou des grains de chènevis, qu'on rencontre souvent dans les mamelles des femmes âgées, véritables trouvailles d'amphithéâtre, ne donnant lieu, pendant la vie, à aucun symptôme qui revèle leur existence ;

2° Sous l'influence du développement d'une tumeur mammaire, (fibrome ou sarcome le plus ordinairement), le conduit galactophore subit une élongation progressive et un élargissement notable qui le rendent tortueux et variqueux. Sur une coupe du canal, on voit alors, çà et là,

(1) Je dois à M. Labbé, chirurgien à l'hôpital de la Pitié, dont je me rappellerai toujours avec plaisir avoir été l'externe, et à M. Coyne, son interne, cette importante communication. Elle est le fruit d'études particulières, consignées dans un travail en préparation.

disséminées des cavités kystiques plus ou moins considérables.

D'autres fois, le sarcome (qui provient régulièrement du tissu conjonctif interstitiel), pénètre dans les conduits lactifères et augmente en masse : les canaux, les vésicules de la glande sont naturellement distendus; ils se transforment en cavités lacuneuses dans lesquelles bourgeonnent les excroissances papillaires de la tumeur. (Cystosarcome prolifère ou phyllode de Müller, sarcome enkysté d'Abernethy.) Bourgeons et cavités sont tapissés d'épithélium.

La coupe générale offre un aspect variable : tantôt les kystes sont arrondis, contenant un liquide muqueux, sanguinolent ou séreux. (Sero-cystic sarcome de Brodie.) Le plus souvent, on aperçoit partout des fentes étroites qui donnent à la tumeur un aspect lamellaire caractéristique que Wirchow compare avec justesse à une tête de chou. Ces fentes sont bien des conduits excréteurs déformés de la glande, car on y trouve un épithélium cylindrique dont la prolifération évidente s'explique aisément par l'agrandissement anormal de la cavité qu'il tapisse. D'ailleurs, Astl. Cooper (qui donne de cette altération une excellente figure) a pu constater au stylet les connexions intimes des poches entre elles.

Ce mode pathogénique serait de tous le plus fréquent.

3° Une tumeur (fibrome intrà-canaliculaire, épithéliôme, etc.), se développe dans l'intérieur d'un conduit galactophore, sur un point circonscrit de sa paroi interne, oppose à l'écoulement des produits sécrétés une gêne intermittente et provoque un véritable kyste par rétention aux dépens de la partie du canal située en arrière de l'obstacle.

A cette variété spéciale, que nous allons seule étudier, se rapportent nos observations. Elles vont nous servir de guide dans l'exposé successif des caractères de la tumeur.

Nous regrettons vivement que le nombre des cas soumis à notre examen n'ait point été plus considérable. Nous pouvons ajouter d'ailleurs que des recherches nombreuses dans les ouvrages qui ont trait à notre sujet ne nous ont fourni qu'un cas unique qui puisse se rapporter à notre étude : encore aurons-nous à le discuter.

KYSTES PAR RÉTENTION

LEUR PATHOGÉNIE

Pour la formation d'un kyste par rétention, deux choses sont nécessaires et suffisantes : une cavité sécrétante, un obstacle à la sortie du produit formé.

Cette théorie, vraie pour tous les kystes par rétention, quel que soit leur siége, s'impose nettement pour nos kystes mammaires. Que trouvons-nous en effet dans nos observations ? Des saillies papilliformes et pédiculées, nées des conduits galactophores, en obstruent presque complétement la lumière. Derrière elles, le canal et les culs-de-sac qui en dépendent sont dilatés et transformés en cavité kystique.

Ces faits nous semblent avoir des connexions si intimes qu'ils ne sont pas susceptibles de deux interprétations : les relations qui les unissent sont certainement celles de cause à effet. La végétation est le phénomène initial ; l'ectasie, la conséquence forcée de la néoformation. Le mécanisme est le même que dans la variété de grenouillette qui dépend de l'oblitération du canal de Wharton.

Aussi, Paget nous semble avoir interverti l'ordre des faits, quand, traitant des kystes qu'il appelle proligères, il admet la formation d'une tumeur dans l'intérieur d'une cavité kystique ancienne, qu'il gratifie d'un pouvoir producteur hypothétique : « Un kyste, dit-il, devient proligère dans une quelconque des conditions qui donnent naissance aux kystes stériles. Sur un point de sa surface interne peut se développer une tumeur vasculaire qui,

s'accroissant par degrés, remplit de plus en plus la poche liquide. Sa surface externe se met enfin en contact avec la paroi du kyste, peut s'y unir, et former ainsi une tumeur solide, affectant les mêmes rapports que les tumeurs solides ordinaires avec leur enveloppe fibro-celluleuse. Ou bien, croissant avec plus de rapidité que le kyste lui-même, elle dépasse ses limites, envahit les tissus adjacents, et même vient faire hernie à travers eux.... Ses progrès sont le plus souvent lents et sans douleurs, mais parfois néanmoins aussi rapides que ceux des tumeurs les plus cancéreuses. »

Evidemment, Paget a méconnu les rapports nécessaires qui souvent unissent, dès le début du moins, ces deux ordres de faits : tumeur de formation nouvelle, kyste consécutif à sa production. D'ailleurs, nous sommes porté à croire (et la lecture de ses observations convaincra tout lecteur attentif), que souvent il a fait rentrer dans ses kystes proligères des tumeurs qui appartiennent manifestement à notre seconde catégorie. — Que penser de son opinion sur la nature de ces néoformations ? Elle est évidemment par trop exclusive : il admet en effet que, dans la plupart des cas, les tumeurs intrà-cystiques sont de même nature que la glande, et que leurs différents aspects sont dus à leur état encore rudimentaire ou à une dégénérescence. « Des examens répétés et des coupes nombreuses m'ont prouvé, dit-il, que ces productions étaient lobulées comme des acini, et que leurs terminaisons aboutissaient à des culs-de-sac glandulaires. Elles étaient entourées d'une membrane pellucide bien limitée, leurs cavités remplies de noyaux ou de cellules, comme la glande mammaire, avec un peu de matière granuleuse. »

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette opinion.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes de rétention n'aboutissent point inévitablement, et dans tous les cas, à la

formation d'un kyste. Lorsque la rétention est brusque, aiguë, si nous pouvons dire, et le produit sécrété très abondant (comme par exemple dans la mamelle à la période de lactation), la paroi trop distendue peut se rompre, ou l'organe formateur s'enflammer : on voit parfois cette terminaison dans le galactocèle en raison de l'afflux incessant du lait quand l'obstacle à son cours est insurmontable. Il n'existe aucune observation qui démontre que, dans ce cas, la dilatation des gros conduits galactophores puisse aboutir à la formation d'un kyste sans suppuration ni rupture.

« Si la distension du sein est excessive, il s'établit, suivant Astl. Cooper, une perforation spontanée à travers laquelle le lait s'écoule au dehors. » Dans l'intéressante observation de Forget (*Bull. thérap.*, nov. 1844, janv. 1845, t. XXVII), il existait, il est vrai, trois kystes énormes ; mais, sur la paroi d'une des poches, on trouvait deux ulcérations (trace palpable d'un travail inflammatoire antérieur), qui mettaient le liquide en contact avec le tissu de la glande mammaire.

Il n'en est point de même si l'on considère une tumeur envahissant progressivement et peu à peu la lumière d'un conduit excréteur : l'affection suit alors une marche chronique, sans l'inflammation ni les douleurs qui accompagnent nécessairement tout processus aigu. Dès le début, d'ailleurs, une partie du liquide accumulé peut de temps en temps s'écouler par regorgement, comme on le voit dans certains cas de rétention d'urine, et prévenir ainsi la rupture du conduit (Voir les observations).

En supposant même réunies les deux conditions qui semblent le plus souvent nécessaires (sécrétion de moyenne abondance, chronicité et développement lent de l'obstacle), le kyste n'est point encore formé. Dans une glande composée comme la mamelle, où chaque conduit galactophore porte la sécrétion d'un nombre plus ou moins considérable

d'acini, les culs-de-sac glandulaires, quoique dilatés, conservent longtemps encore leur forme globuleuse, et leurs cloisons intermédiaires persistent. La seconde de nos observations nous fait assister à cette période, premier degré de la transformation kystique. Peu à peu cependant, la distension, progressant sans cesse, triomphe de la résistance des tissus ambiants et des membranes qui limitaient les culs-de-sac : le lobe tout entier dépendant du conduit oblitéré s'est transformé en une cavité close, sans anfractuosités, dont la paroi n'est autre que celle du canal et des acini confondus. Le kyste est constitué (Obs. 1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Etude de la dilatation kystique. — Suivant M. Broca (Traité des tumeurs, t. II, 1859, p. 63 et suiv.), les kystes mammaires seraient presque toujours des kystes acineux. Les raisons que donne à l'appui de cette opinion le savant professeur sont sans doute excellentes : l'oblitération, en effet, a d'autant plus de chance de produire une dilatation kystique qu'elle s'adresse à des conduits plus petits, et par suite les plus nombreux. Dans les vaisseaux lactifères de premier ordre, le diamètre du canal est plus considérable, la poussée du liquide sécrété plus vigoureuse.

Ces faits sont réels, et les kystes petits et multiples de la mamelle se produisent ordinairement ainsi. Néanmoins, dans bon nombre de cas, la dilatation ne porte pas sur les conduits terminaux qui naissent des culs-de-sac, mais bien sur les canaux plus larges qui portent la sécrétion des divers lobules de la glande et s'ouvrent dans les sinus lactés. Ces derniers pourraient même se développer isolément, et former la variété décrite par Birkett sous le nom de kystes sous-aréolaires; dans la majorité des cas

cependant, la dilatation remonte plus ou moins loin dans les canaux galactophores, ce qui explique le siége plus fréquent de la tumeur à la partie périphérique de la mamelle ou dans sa profondeur.

Le volume de ces kystes varie d'ordinaire au début, de la grosseur d'une lentille à celle d'une aveline ou d'une noix : ils dépendent évidemment alors des culs-de-sac glandulaires et des conduits lactifères de moyen calibre. Le fait ressort nettement des observations suivantes : Nélaton a rapporté (*Gaz. Hôp.*, 1851, n° 79) un cas de kystes multiples et petits de la mamelle. Une dissection attentive de la tumeur démontra qu'ils étaient formés dans les conduits galactophores ; la pression faisait d'ailleurs sortir par le mamelon un liquide sanguinolent, preuve non équivoque du siége de l'affection. — Chez une malade opérée par M. Denonvilliers, on trouvait un grand nombre de kystes de 1 à 3 mm. de diamètre : M. Verneuil pensa que ces kystes devaient être attribués à des rétrécissements multiples des canaux lactifères, et en effet ils communiquaient entre eux par un trajet étroit, permettant néanmoins l'introduction d'un stylet (Société anat., t. XXX, 1853, p. 36).

Ces kystes peuvent-ils devenir énormes? La chose est improbable si l'on admet, comme dès le début, l'intermittence de l'obstruction. Dans le cas contraire (qui se présente évidemment quand on suit le développement progressif de la tumeur), le fait est possible, un conduit galactophore pouvant acquérir des proportions colossales. Témoin le fait si souvent cité de Scarpa où un canal lactifère dilaté mesurait 34 pouces de circonférence et contenait 10 livres de lait. Témoins les cas de Paget, où des kystes proligères donnaient à la ponction 2, 12 et 13 livres de liquide.

Leur forme et leur consistance varient : ils sont globuleux et rappellent des acini amplifiés, s'ils sont petits ; quand ils dépendent de l'obstruction d'un conduit galacto-

phore lobaire, ils affectent en général une disposition conique à grosse extrémité dirigée vers la périphérie de la mamelle. Ils peuvent même offrir alors une disposition particulière sur laquelle nous insisterons lors de l'étude des symptômes. Suivant le degré de la dilatation kystique, on les trouve uni ou multi-loculaires : dans cette dernière variété, une poche prédomine le plus souvent sur les autres, comme on le voit d'ailleurs dans beaucoup de kystes ovariques.

La membrane qui les circonscrit est bien celle de l'élément glandulaire : on y trouve, dès le début, le même épithélium ; ce n'est qu'à la longue qu'il pourrait subir, par son contact permanent avec les liquides sécrétés, des modifications qui en altéreraient la forme. Mais la paroi elle-même, simple et lisse dès l'abord, peut s'altérer aussi : on a signalé parfois, dans les kystes de la mamelle, la présence d'une couche épaisse de matière fibrineuse donnant lieu à une induration notable de la tumeur. Velpeau a rencontré, dans un des kystes qu'il appelle séro-muqueux, une ossification constituée par une lame calcaire, flexible, cédant à la pression, et criant sous le doigt comme une lamelle de parchemin. Le même fait est également possible dans les kystes par rétention proprement dite, mais il faut pour cela qu'ils soient anciens, et de dimensions d'ailleurs peu variables.

Le tissu qui les environne, comprimé et refoulé, peut offrir, quand le kyste est volumineux, un tassement considérable, sans altération ni dégénérescence. Peu d'adhérences des parois au tissu cellulo-graisseux ambiant, ce qui permet une dissection facile. Point ou peu d'adhérences à la peau, à moins toutefois que le kyste trop distendu ne se soit perforé spontanément après adhésion intime de ses parois au derme voisin, ou qu'une ponction n'ait été le point de départ d'un processus inflammatoire amenant le même résultat.

Etude du contenu. — Le liquide est peut-être de toutes les parties de la tumeur celle qui varie le plus : tantôt limpide, opalescent, incoagulable, d'une couleur verdâtre ou jaune, tantôt clair et filant comme de la synovie, il est parfois formé de sang presque pur ; ou bien sa teinte est d'un brun roussâtre, sa consistance mucilagineuse. D'après Birkett, il diffère essentiellement, au début du moins, de la constitution du vrai sérum sanguin ou des épanchements séreux ordinaires ; il offre à cette période de la matière plastique en proportion considérable.

Sa quantité est évidemment en rapport avec le volume de la poche kystique.

Les éléments qu'il contient sont : des cellules épithéliales et des leucocytes en dégénérescence graisseuse, des corpuscules de Glüge, des globules du sang et du lait. Parfois, la proportion d'albumine y est assez grande pour qu'on puisse le coaguler en masse. On peut y trouver une multitude de petites lamelles quadrangulaires de cholestérine (Obs. de M. Demarquay, *Gaz. Hôp.*, 1866, p. 238 ; Bauchet, Soc. anat.. 1851, p. 200 ; Holmes, t. IV, p. 681, Londres, 1864.)

Tumeur intrà-cystique. — La nature da la tumeur intrà-cystique est variable, Nous n'avons point à nous occuper de celles qui, développées dans le tissu interstitiel, peuvent, à certain moment de leur évolution, pénétrer dans les canaux lactifères sous forme d'excroissances papillaires ou arborescentes.

Nous n'avons en vue que les productions naissant aux dépens des parois mêmes du conduit. Dans ce genre on trouve les épithéliomes, les sarcomes et les fibromes intrà-canaliculaires. Nos deux observations se rapportent à l'épithéliome : dans la première, les végétations renferment des culs-de-sac glandulaires en prolifération épithéliale manifeste ; dans la seconde, la néoformation est en-

tièrement constituée par de l'épithélium cylindrique dérivant d'un des conduits galactophores.

Sur la pièce présentée par M. Broca, la tumeur offrait tous les caractères de l'hypertrophie glandulaire partielle, avec prédominance des culs-de-sac. « L'examen microscopique, dit M. Broca, confirma le diagnostic. » Sans vouloir contester dans ce cas particulier la nature intime de la tumeur, nous ferons remarquer, d'après M. Ranvier (Société anat., 1869, p. 205), que l'adénome vrai est tellement rare dans la mamelle que cet histologiste distingué affirme ne l'avoir rencontré qu'une fois. Pour établir le fait il ne faut point, en effet, se fonder uniquement sur la présence des culs-de-sac glandulaires qui ne prouvent pas la nature adénoïde de la tumeur, mais sur les caractères spéciaux qu'elle présente : elle doit être composée du tissu même de la glande, se confondre pour ainsi dire avec elle ; les culs-de-sac sont alors séparés les uns des autres par du tissu fibreux ; ils sont limités par une membrane bien nette et présentent à leur intérieur un épithélium pavimenteux.

Wirchow a décrit des sarcomes et des fibromes papillaires intrà-canaliculaires formés de tissu conjonctif pourvu d'un riche réseau vasculaire et d'un revêtement épithélial. La forme de la tumeur, étudiée à cette période initiale, est celle d'une grosse papille, logée dans une dépression creusée aux dépens de la paroi du conduit. Son pédicule est étroit, constitué par des filaments assez résistants ; sa surface, régulière ou un peu granuleuse, offre de fines arborisations ou même des infiltrations sanguines, cause probable de la teinte rougeâtre du suintement.

Son volume et sa forme doivent varier évidemment avec l'époque du développement de la production : tantôt, en effet, la tumeur est sphéroïde, noueuse, ressemblant à un chou-fleur ; tantôt ses masses sont pédonculées comme des feuilles, à divisions simples ou ramifiées ; ou bien les

lobes qu'elle présente offrent des prolongements divers parfois enroulés sur eux-mêmes.

Il est facile de comprendre, en raison de la présence du pédicule, comment, à certains moments, la production nouvelle puisse faire l'office d'une *véritable soupape*, et interrompre complètement l'écoulement du liquide kystique. D'autres fois, au contraire, quand la tumeur a repris sa place au fond de la loge qu'elle s'est creusée, ou que l'accumulation du liquide se trouve assez considérable pour donner au canal un calibre plus grand que le volume de la tumeur, l'écoulement se produit. La poche une fois vidée de son trop-plein, la tumeur se retrouve vis-à-vis d'elle dans les mêmes conditions qu'au début : nouvelle suppression de l'écoulement. Ce mécanisme, d'une simplicité parfaite, n'est pas un des côtés les moins intéressants des productions que nous étudions. Il permet de comprendre un de leurs symptômes cliniques sur lequel nous insisterons plus tard : l'apparition et la disparition successives du suintement par le mamelon. Ces kystes mériteraient donc le nom de : *kystes par rétention intermittente.*

Quel sera le sort ultérieur de la néoformation ? Elle peut, comme nous l'avons vu plus haut, entrer en connexion avec la paroi interne du kyste, y adhérer, et remplir progressivement sa cavité. Dans une série de planches très-nettes, Birkett nous fait assister à l'évolution graduelle de la néoformation : on voit la cavité du kyste se combler peu à peu jusqu'à disparition complète, et, la production nouvelle, ulcérant la paroi se faire jour au travers et envahir le tissu glandulaire voisin. L'accroissement de la tumeur à cette période pourrait être rapide, égalant même en acuité celui des tumeurs cancéreuses dont elle ne diffère guère alors.

Nous complèterons d'ailleurs ces notions dans l'article qui a trait à la marche et au pronostic.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie est assez nette dans nos cas particuliers de kystes par rétention. (Nous ne voudrions pas néanmoins affirmer qu'elle soit la seule possible, le sarcome ou l'épithéliome naissant sans raison bien connue.) L'affection s'est développée chez des femmes adultes, mariées et mères, bien réglées d'ailleurs.

Dans les deux cas, la cause probable de la production a été un coup violent porté sur le sein. Cette étiologie, qui paraîtra banale, explique parfaitement les faits. Faut-il admettre, avec Velpeau, qu'il s'est épanché, sous cette influence, une certaine quantité de sang ou de lymphe dont les transformations successives rendraient compte des variétés du liquide trouvé? Cette théorie, vraie peut-être pour certains kystes séro-sanguins, ne nous semble point se rapporter au cas présent. Que du sang puisse s'épancher dans les conduits galactophores, à la suite d'une violence, le fait n'est point douteux : la première de nos observations rapporte qu'une ecchymose étendue envahit le sein, et que, dès le lendemain du coup porté, il se produisit par le mamelon un écoulement de sang pur et vermeil. Mais l'ecchymose disparut, et ce ne fut que trois mois plus tard que le suintement se reproduisit et qu'on perçut au point frappé l'existence d'une petite induration. Dans la deuxième observation, pas d'ecchymose et apparition de la tumeur quatre mois après la cause présumée de l'affection.

En présence de ces faits, il semble rationnel d'admettre que l'irritation produite au lieu précis et limité de la contusion a été le point de départ de la prolifération épithéliale, indépendamment de tout épanchement sanguin. Si la présence du sang a servi au développement de la poche kystique, ce ne peut être que comme corps étranger ayant

déterminé dans la paroi voisine un travail lent de production qui a graduellement oblitéré le conduit lactifère.

SYMPTÔMES.

Ils sont le plus souvent assez tranchés pour permettre (comme l'a fait deux fois M. Verneuil), un diagnostic précis.

Le développement de la tumeur étant essentiellement lent et sans douleur, le chirurgien n'est en général appelé à constater son existence que quelques mois après le début. La malade s'en est aperçue par hasard, ou, elle consulte, effrayée d'un écoulement insolite par le mamelon. Le kyste se présente alors gros comme une amande ou une noix, et occupe de préférence la partie périphérique ou profonde de la mamelle. Ce siége s'explique ainsi que la disposition vraiment spéciale de la néoformation : les culs-de-sac terminaux dépendant du conduit oblitéré prêtant plus à la dilatation que le canal lui-même, la tumeur affecte dans sa totalité une forme conique ou pyramidale, à surface le plus souvent régulière, et dont la base touche à la périphérie du sein. Elle se prolonge en s'effilant progressivement jusqu'au mamelon sous forme d'un cordon dur qui peut atteindre le volume d'une plume d'oie, et dont la direction et l'isolement facile mettent sur la voie du diagnostic : il s'agit évidemment d'un conduit galactophore altéré.

Ces symptômes, franchement accusés dans nos deux observations, ont une explication des plus nettes : La partie périphérique de la tumeur, globuleuse, fluctuante, contenant évidemment du liquide, n'est autre que la poche kystique. Le cordon, qui la prolonge jusqu'au mamelon et qui offre des nodosités résistantes, est le siége des néoformations de nature diverse dont l'accroissement a déterminé la production liquide. La concordance des symptômes cliniques et de l'anatomie pathologique est des plus frappantes.

La peau du sein est naturelle, souple, épaisse, n'offrant

ni altérations, ni adhérences. Peut-être pourrait-elle, (si le kyste contenait un liquide sanguinolent), présenter dans certains cas une légère teinte bleuâtre ou rosée, comme Velpeau l'a constaté plusieurs fois dans des kystes séro-sanguins superficiels. Le liquide est rarement assez limpide, sa quantité d'ailleurs est en général trop peu considérable, au début du moins, pour qu'on puisse percevoir la transparence; elle n'est possible que dans les vastes poches à contenu séreux.

Mobile sur les parties profondes, la production kystique est facilement isolable du reste de la mamelle dont on la détache aisément ; aussi son ablation se fait sans difficultés.

Il est un autre symptôme, moins caractéristique peut-être de ces tumeurs, que leur forme spéciale, mais néanmoins remarquable et sur lequel il est utile d'insister : nous voulons parler du suintement intermittent par le mamelon. Le mécanisme de cette périodicité, véritable jeu de soupape, a été plus haut exposé dans l'anatomie pathologique : nous nous dispenserons d'y revenir. L'écoulement spontané est en général peu abondant ; il n'est en effet que le trop plein de la poche liquide, et s'arrête quand la production solide a repris avec le kyste ses rapports de volume habituels. Quand il est assez prononcé (sous l'influence d'une pression par exemple), la tumeur mammaire diminue brusquement de volume et ses parois s'affaissent jusqu'à contact : il ne reste plus alors au toucher que les indurations persistantes du conduit galactophore.

Le liquide évacué est de couleur et de consistance variables : tantôt il est clair comme de la synovie, tantôt rougeâtre ou crêmeux, empesant la chemise et la faisant adhérer au mamelon. Sa reproduction incessante explique comment la pression, quoique souvent répétée, permet néanmoins de constater toujours son existence. A l'époque des règles ou sous l'influence des fatigues du bras, il devient plus abondant et plus épais, d'un jaune opaque ; il

s'écoule spontanément et sans pression pendant les quelques jours que dure la menstruation. En même temps, le conduit galactophore altéré semble augmenter de volume, il est plus tendu, plus gros, ce qui s'explique par la production plus considérable du liquide sécrété.

Les rapports intimes qui unissent la mamelle à l'utérus et la congestion physiologique qu'offre l'organe glandulaire à chaque époque menstruelle, peuvent rendre compte peut-être, de cette particularité symptomatique.

La production de ces tumeurs se fait en général sans douleurs vives, elles peuvent même être indolentes spontanément et à la pression en dehors des règles, excepté toutefois quand leur volume devient assez considérable. Elles s'accompagnent alors d'un sentiment de tension et de picotements incommodes qui se remarquent aussi pendant la menstruation. Peut-être l'affection décrite sous le nom de névralgie de la mamelle pourrait-elle accompagner leur développement, ainsi que M. Rufz semble l'avoir vu dans certains cas de kystes de médiocre volume. (Arch. gén. méd. 3e série, t. III, p. 73, 1843); les irradiations brachiales notées dans notre première observation semblent appuyer cette idée, logique d'ailleurs, vu les anastomoses des deuxième et troisième nerfs intercostaux avec les branches cutanées internes du plexus brachial.

Les observations suivantes offrent un résumé succinct, mais des plus nets, de ces symptômes spéciaux (1) :

Obs. I. — Madame F..., 35 ans, mère de deux enfants qu'elle n'a point allaités, est de constitution moyenne et d'un embonpoint médiocre. Elle fut opérée, il y a quinze ans, d'une tumeur adénoïde du sein gauche, du volume d'une noix.

Il y a quatre ans et demi, jouant avec un de ses enfants, elle en reçut

(1) Je dois à M. Verneuil l'histoire de la première de ces malades, dame de Paris, opérée il y a quelques mois. Mon excellent maître voulut bien en cette circonstance me prendre comme aide, et je pus à loisir disséquer et étudier la tumeur après ablation.

La seconde observation a été recueillie dans son service, à la Pitié.

au sein droit un coup de talon. La douleur fut vive, mais dura peu de temps, et il survint un gonflement manifeste. Le lendemain, Madame F... soulevant un paquet volumineux, se sentit mouillée et vit sortir par le mamelon, goutte à goutte, une certaine quantité de sang pur et vermeil : elle en évalue la quantité à 5 ou 6 grammes. Un médecin consulté conseilla l'application d'eau blanche et le repos.

Une ecchymose étendue envahit le sein, mais les douleurs cessèrent et au bout de quelques jours, l'accident ne parut pas avoir d'autres suites. Cependant, trois mois plus tard, l'écoulement sanguin se reproduisit. M. Verneuil, appelé à ce moment, constata, au point frappé, l'existence d'une petite induration perdue au milieu des grains glanduleux de la mamelle, et conseilla quelques applications de pommade iodurée.

L'écoulement se renouvela de temps à autre; tantôt le liquide était visqueux, jaunâtre et clair comme de la synovie, tantôt d'apparence crémeuse; tantôt rougeâtre, parfois enfin formé par du sang presque pur quand la malade s'était beaucoup servi de son bras. La tumeur fit des progrès insensibles, et l'année dernière, elle se détachait facilement du reste de la glande et avait la forme et le volume d'une grosse amande dont la pointe touchait à la base du mamelon. Ce volume du reste variait : il était généralement plus considérable au moment des règles; mais, en dehors de cette époque, il augmentait peu à peu et diminuait parfois brusquement quand l'écoulement était plus prononcé. Les douleurs suivaient la même marche : presque nulles quand la tumeur était moindre, assez vives et gênant les mouvements du bras quand la tumeur subissait au contraire un accroissement notable.

Dès l'année dernière, M. Verneuil proposa l'ablation de la tumeur, mais Me F... d'un caractère pusillanime, repoussa énergiquement l'opération. Jusqu'alors, d'ailleurs, le repos du bras et les émollients amenaient toujours de l'amélioration.

Cette année, cependant, les douleurs devenant continues et le liquide ayant acquis une certaine âcreté, M. Verneuil insista de nouveau, en faisant valoir l'innocuité de l'opération, l'incurabilité du mal par les agents pharmaceutiques, et enfin le danger résultant de la persistance d'une tumeur du sein aux approches de la ménopause. L'opération fut résolue pour le 3 février.

La tumeur présentait alors les caractères suivants : située sur le même plan que le mamelon, à la partie interne du sein droit, elle affectait la forme d'un cône dont la base répondait à la périphérie du sein, et le sommet, dur et effilé, à la naissance du mamelon. Facilement isolable, elle n'avait d'adhérence ni avec la peau, ni avec les parties profondes; d'ailleurs, pas de changement de coloration du derme, pas d'engorgement ganglionnaire, état général satisfaisant. La pression exercée sur la tumeur faisait sortir par le mamelon un liquide clair, jaunâtre, en petite quantité.

Productions morbides obstruant un conduit galactophore et le dilatant en arrière d'elles : tel fut en présence de ces symptômes, le diagnostic posé. Une incision transversale allant du mamelon à la partie interne du sein mit à nu la tumeur qui fut facilement isolée.

Examen de la tumeur : Elle présente manifestement, à sa partie externe (qui touchait au mamelon), l'embouchure de deux conduits galactophores. L'un d'eux, ouvert dans toute son étendue, n'offre rien d'anormal. L'autre, au contraire, montre des détails intéressants sur lesquels nous croyons devoir insister, et qui confirment pleinement le diagnostic.

Ce conduit est dilaté à son embouchure et le stylet, qui y est introduit à un centimètre et demi de profondeur, joue librement dans une assez vaste cavité. Les parois de ce canal présentent deux saillies papilliformes qui sont logées dans des alvéoles creusés aux dépens des parois, et qui bouchent presque complètement la lumière du conduit. L'une d'elles est petite, jaunâtre, un peu granuleuse ; la plus considérable est oblongue, grosse comme une grosse lentille, d'un rouge assez vif. Ces productions adhérentes à la paroi par un mince pédicule, qui paraît de même nature qu'elles, offrent à leur surface de fines arborisations et même des infiltrations sanguines qui expliqueraient l'écoulement séro-sanguin parfois observé chez la malade. Complètement lisse dans les points qui correspondent aux saillies pédiculées, la paroi du canal est plissée dans le reste de son étendue. Mais ces plis sont surtout saillants dans la *dilatation terminale* du conduit, assez considérable pour loger une aveline ordinaire. On y trouve encore quelques gouttes d'un liquide clair, un peu filant. Cette espèce de kyste a des parois minces, revenues sur elles-mêmes, par suite, probablement, de l'évacuation du liquide, puisqu'une traction médiocre les fait disparaître en partie. Elle est séparée du conduit galactophore par un repli qui la délimite assez nettement de ce côté, mais insuffisant toutefois pour empêcher une connexion immédiate entre ces deux cavités.

Obs. II. — Antoinette L..., 35 ans. Réglée depuis l'âge de dix-sept ans, mais ses règles, quoique régulières, n'apparaissent que de six en six semaines. En 1861, un enfant mort-né. En 1866, elle avorte à trois mois ; depuis lors, plus de grossesse.

La malade attribue à un coup violent, qui lui fut porté sur la mamelle gauche, la tumeur qu'elle présente aujourd'hui. Elle s'en aperçut par hasard au mois de décembre 1872, quatre mois après la cause présumée de l'affection. A ce moment, la tumeur était grosse comme une noisette, et située vers la partie profonde de la mamelle.

Les frictions résolutives, un traitement à l'iodure de potassium ne semblèrent en rien entraver son développement.

A dater du mois du janvier 1873, la malade ressentit dans la mamelle, à

l'époque de ses règles, des picotements, peu douloureux d'ailleurs, et qui duraient peu de temps.

Au mois d'avril, ces picotements redoublèrent, et déjà à cette époque, se détachait nettement de la tumeur un petit cordon dur qui se dirigeait du côté du mamelon sans l'atteindre. La malade s'aperçut alors que la pression sur la tumeur faisait sourdre par le mamelon, en dehors du temps de la menstruation, un liquide un peu jaunâtre, clair, filant, tachant et empesant la chemise. A l'époque des règles, l'écoulement était plus épais, d'un jaune opaque ou roussâtre, et s'écoulait sans pression ; en même temps, le petit cordon qui semblait prolonger la tumeur du côté du mamelon était plus dur et plus gros.

Ces symptômes, accompagnés d'un sentiment de gêne, de tension de la mamelle, et de picotements incommodes, duraient deux à trois jours, et la tumeur reprenait son volume habituel jusqu'à la menstruation suivante, sans augmenter pendant cette période: il faut dire toutefois que la malade s'opposait par une pression fréquente à l'accumulatiou du liquide dans la tumeur.

Au mois de novembre 1873, Antoinette L... suivit pendant deux mois un nouveau traitement à l'iodure de potassium, aussi impuissant que le premier. Elle se décide à entrer dans le service de M. Verneuil, le 5 janvier.

Le sein du côté gauche, un peu plus volumineux que le droit, présente une tumeur à grand diamètre obliquement dirigé de la partie supéro-interne de la mamelle au mamelon. Elle est grosse comme un œuf de pigeon, conique, mesure en hauteur quatre à cinq centimètres, et deux à trois transversalement dans la plus grande largeur qui correspond à la base de la mamelle. Elle semble plus molle et plus souple dans sa partie supérieure ; sa partie inférieure présente une résistance notable et s'effile, en diminuant, jusqu'à la base du mamelon où elle disparaît: elle présente le volume d'une plume d'oie, et sa direction fait songer à une altération d'un conduit galactophore.

Aucune adhérence à la peau, ni aux parties profondes; pas d'infection ganglionnaire. La pression, indolente, fait sortir quelques gouttes d'un liquide comparable à de la synovie. A la partie inférieure et externe du mamelon, on sent deux autres petits cordons résistants.

La malade, inquiète, réclame l'ablation de la tumeur qui fut faite sans difficulté le 7 février. On put, comme dans le premier cas, en enlevant le mal tout entier, conserver le mamelon.

Examen de la pièce anatomique. Il nous offre les particularités suivantes, sur lesquelles nous insisterons peu, car elles répètent à peu près celles de la première tumeur : on trouve un conduit galactophore très-dilaté qui présente, à deux centimètres du mamelon, une saillie polypiforme, arborescente, double en volume de celles de l'observation précédente, et offrant le même aspect. En arrière de cette végétation, le conduit se dilate tout à coup en

une vaste ampoule de 1 1/2 à 2 centim. de diamètre qui contient quelques gouttes d'un liquide clair. Dans cette sorte de réservoir commun viennent se rendre de nombreux canaux secondaires qui mènent à des culs-de-sac ampullaires.

L'*examen microscopique* des deux tumeurs a été fait par M. le Dr Nepveu, chef de laboratoire à la Pitié, qui a bien voulu nous le communiquer.

Obs. I. — Le liquide, contenu dans la dilatation kystique, renferme des éléments divers (épithélium et leucocytes) en voie de dégénérescence graisseuse. Les végétations, qui offrent leur surface de petits corpuscules maintenus par un pédicule étroit et filiforme, ne sont autre chose qu'un épithélioma glandulaire, à la période de début.

Le tissu conjonctif est peu abondant. (Ces végétations ont été durcies dans l'alcool absolu, leurs coupes coloriées avec le picro-carminate d'ammoniaque, et rendues transparentes par un séjour de quelques minutes dans l'acide oxalique.)

Obs. II. — Le liquide offre les mêmes caractères que celui qui s'écoulait par le mamelon, c'est-à-dire : corpuscules de Glüge, leucocytes en dégénérescence graisseuse, épithélium pavimenteux graisseux, quelques corpuscules fusiformes, et une certaine quantité de globules sanguins. La végétation *polypiforme* (examinée suivant la méthode indiquée plus haut) est un épithélioma à cellules cylindriques dont l'origine n'est plus dans les culs-de-sac glandulaires, mais dans les conduits galactophores eux-mêmes.

MARCHE ET PRONOSTIC

La marche de ces tumeurs semble le plus souvent lente, leurs progrès longtemps insensibles; le fait ressort nettement de nos observations, et Paget leur attribue d'ailleurs dans certains cas dix ans et plus d'existence.

Rien néanmoins ne s'oppose à leur développement ultérieur. Qu'une cause fortuite (un coup, une chute, par exemple), imprime à la production une activité nouvelle, son accroissement pourra devenir rapide, le conduit galactophore perdre bientôt, au milieu de la masse morbide envahissante, ses caractères spéciaux, et le chirurgien assiste alors au développement d'une affection dont la

marche ne diffère plus guère de celle des tumeurs malignes primitivement nées du tissu cellulaire interstitiel.

Que devient à cette période l'écoulement par le mamelon ?

Il pourra peut-être exister quelque temps encore, comme on l'a vu parfois dans certains cas de tumeur maligne du sein, à une époque même assez avancée de leur accroissement. Il doit naturellement cesser quand la production morbide a envahi la totalité du kyste, et oppose à la sortie des liquides sécrétés un obstacle persistant et continu.

En admettant ce développement évidemment possible, l'envahissement des parties ambiantes, l'ulcération progressive du derme par la néoformation qui le soulève et l'amincit, on comprend comment, dans certains kystes proligères, on a pu observer des douleurs lancinantes (Birkett), un trouble profond de la santé, la tuméfaction et l'altération des ganglions axillaires. Cette expression de la généralisation doit d'ailleurs varier en précocité suivant la malignité relative de la tumeur. L'adénome en effet (s'il peut s'en produire toutefois dans les canaux galactophores), est d'un pronostic toujours bénin ; il ne se généralise jamais, et ne récidive qu'après ablation incomplète. Il n'en est pas de même des autres tumeurs. Néanmoins le développement lent de l'affection, même dans le cas d'épithéliome (quatre ans et demi dans une de nos observations, dix-huit mois dans l'autre), son peu de volume à l'époque de l'ablation, pourraient permettre de croire que pareil accroissement se fait en général attendre, et que ses progrès sont longtemps compatibles avec un état général satisfaisant.

Que penser du suintement séro-sanguin?

On sait que, d'après l'opinion de M. Richard (*Revue méd. chir.*, 1852, t. XI, p. 18), cet écoulement serait le plus souvent un symptôme favorable et accompagnerait presque toujours les tumeurs hypertrophiques du sein. Cette

théorie a été souvent, et à juste raison d'ailleurs, contestée (MM. Verneuil, Broca, Follin, Robert, etc., Société anat., 1854-55, p. 371 et suiv.). Nos observations semblent venir une fois de plus l'infirmer.

Sans doute, dans le cas actuel, l'écoulement séro-sanguin paraît le résultat pur et simple de la dilatation d'un conduit galactophore, et la conséquence naturelle des infiltrations sanguines et de la vascularité excessive des tumeurs. Mais son intermittence et son aspect pourraient faire craindre au moins l'existence d'une production nouvelle qui fait à elle seule tout le danger de l'affection, et qui pourra progresser ultérieurement. Aussi admettons-nous jusqu'à un certain point l'opinion de M. Broca, qui paraît porté à croire que l'écoulement sanguin est souvent la conséquence d'un travail intérieur défavorable. « L'issue du sang semble indiquer, dit-il, qu'il s'est produit une érosion ou une sorte d'ulcération dans les cavités muqueuses de la tumeur, et que le mal est disposé à suivre une marche plus rapide. Sur une de mes malades, la tumeur s'est notablement accrue à dater de ce moment, et est devenue le siége de douleurs qui n'y avaient point encore paru. » (Société anat., 1854-55, p. 369). On peut, pensons-nous, donner de ce fait une explication rationnelle : le suintement dans ce cas nous semble en effet indiquer une prolifération active de cellules embryonnaires, nourries par des vaisseaux à parois minces et fragiles. Ces cellules, qui n'ont pour le moment aucun caractère spécial, pourraient ultérieurement devenir le point de départ de productions de mauvaise nature (Coyne). Dans la discussion qui eut lieu à la Société anatomique, lors de la présentation de nos kystes du sein, M. Desprès, confirmant l'opinion de M. Broca, cite à l'appui un fait bien intéressant : une dame présentait une petite tumeur du sein donnant lieu par les orifices du mamelon à un écoulement séreux d'abord, qui devint ensuite sanglant. L'état général

ne semblant pas se modifier, M. Desprès attendit trois ans avant de faire l'extirpation de la tumeur. A partir de cette époque, l'affection prit un caractère plus grave, et le chirurgien assista au développement rapide d'un carcinome qui, malgré l'opération, récidiva bien vite en se généralisant à l'autre mamelle.

Loin de nous la pensée de vouloir faire de l'écoulement par le mamelon un des signes précurseurs d'une affection maligne. Néanmoins, dans quelques-uns des cas où il est constaté, sans tumeur mammaire, ne pourrait-on pas croire, comme l'indiquait à juste raison M. Verneuil, à l'existence de productions intrà-canaliculaires trop petites pour être perçues et suffisantes cependant pour obstruer partiellement la lumière du conduit? Une observation de M. Lagrange, interne des hôpitaux, semblerait prouver le fait : Dans le service de M. Duplay, à Saint-Antoine, une femme d'une cinquantaine d'années, sans tumeur mammaire appréciable, présentait de temps en temps un écoulement séreux par le mamelon. Il devait évidemment exister un obstacle au voisinage de l'embouchure des canaux lactifères, car la sérosité, une fois exprimée par la pression, se reproduisait au bout d'un certain temps et nécessitait pour s'écouler une pression nouvelle.

Ne pourrait-on pas expliquer aussi de la même manière l'opinion de certains auteurs qui admettent des dégénérescences cancéreuses de tumeurs kystiques du sein jugées primitivement bénignés? Nous émettons sous toute réserve cette manière de voir; néanmoins elle paraît jeter un certain jour sur cette question des dégénérescences aujourd'hui encore discutée.

Avant de passer au diagnostic nous croyons devoir citer l'observation de M. Broca dont il a été question plus haut (Société de chirurgie, 1854-55, p. 369). Elle semble, de

toutes, celle qui se rapproche le plus des nôtres, sans leur être néanmoins identique.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, de bonne santé antérieure. « Il y a deux ans, dit-il, une tumeur parut spontanément à la partie supérieure et externe de la mamelle droite.

Cette tumeur s'accrut lentement et atteignit le volume d'une noix. Il y a quelque temps, le mamelon commença à laisser suinter un liquide séro-sanguinolent. Cet écoulement assez abondant se montra et disparut à plusieurs reprises. La malade s'en inquiéta beaucoup et se décida à venir à Paris pour se faire opérer.

La masse morbide est entourée de toutes parts par un kyste, dont la surface interne présente l'aspect d'une membrane séreuse. Elle est pédiculisée dans l'intérieur de ce kyste qui renfermait seulement quelques grammes de sérosité transparente. La surface externe de la tumeur est lisse et régulière; son pédicule étroit, irrégulier, constitué par des filaments assez résistants. En plusieurs points, on aperçoit de petits tractus celluleux, très-distincts du pédicule proprement dit, qui font adhérer la surface externe de la tumeur à la paroi interne du kyste.

Quant à la tumeur elle-même, elle présente à la coupe tous les caractères de l'hypertrophie glandulaire partielle avec prédominance des culs-de-sacs. L'examen microscopique confirma le diagnostic. »

DIAGNOSTIC

Rappelons en quelques mots les symptômes cliniques sur lesquels nous avons plus haut insisté : tumeur conique, souple, fluctuante, s'effilant du côté du mamelon sous forme de cordon dur, et présentant des alternatives de réplétion et de vacuité qui résultent de l'intermittence d'un écoulement séro-sanguin par le mamelon ; absence d'adhérences à la peau et aux parties profondes ; pas de retentissement général ; peu de douleurs.

Voilà pour l'époque où le chirurgien est le plus souvent appelé à juger de la nature de la tumeur.

La réunion de ces signes ne permet guère d'hésitation. Néanmoins, comme il est des affections qui, sans présenter ce groupement vraiment spécial des symptômes, offrent cependant avec les kystes par rétention certains points de ressemblance, nous allons rapidement exposer leurs caractères différentiels.

Les kystes laiteux. — Tumeurs molles aussi, fluctuantes, indolentes, sans symptômes inflammatoires, — donnent en général, à la mamelle, un aspect bosselé manifeste, et s'accompagnent le plus souvent sur quelques points, comme l'indique Velpeau, d'un empâtement presque pathognomonique. Les antécédents, la circonstance de la lactation, la nature du liquide qui s'écoule par le mamelon ou un orifice fistuleux, lèvent bientôt les doutes.

Certains kystes séro-sanguins, exclusivement liquides, dont la compression provoque un suintement par le mamelon (Nélaton, *Gaz. Hôp.* 1851, n° 79), pourront embarrasser. Leurs symptômes, en effet, dès le début au moins, sont à peu près les mêmes. Un fait pourra, s'il existe, mettre sur la voie : Les kystes séro-sanguins, ne contenant que du liquide, sont ordinairement sphériques et n'ont aucune connexion avec le mamelon. Dans les kystes par rétention intermittente, la tumeur se prolonge jusqu'au mamelon : le conduit galactophore oblitéré est dur, noueux, gros, et augmente de résistance à l'époque des règles.

Les abcès chroniques du sein, outre l'absence absolue de suintement, ont en général présenté, à un moment de leur existence, une période inflammatoire. Ils n'offrent pas les alternatives de réplétion et de vacuité du kyste, et la pression y est souvent douloureuse. Une ponction exploratrice confirme le diagnostic.

Comme les tumeurs lymphatiques purulentes ou tuber-

culeuses, ils finissent le plus souvent d'ailleurs par s'ouvrir à la peau.

Quelques kystes profonds, à parois épaissies, ou dans lesquels la tumeur a pris un notable accroissement (sans altérer encore cependant la santé générale), pourraien, faire croire aisément à une *hypertrophie partielle lobulée* de la glande, surtout si, — comme on en a cité des cas, — il se produisait dans l'adénome un écoulement par le mamelon. Certains adénomes, en effet, donnent de prime abord l'idée d'une masse libre, régulière, pouvant faire penser à la fluctuation. Mais qu'on exerce sur la tumeur des pressions attentives, — que, d'une main, l'embrassant et la comprimant sur deux parties opposées de sa base, on appuie l'index de l'autre main sur le point qui semble dépressible (moyen le plus sûr pour percevoir la fluctuation des kystes mammaires profonds), et on pourra se convaincre que la tumeur hypertrophique n'est pas fluctuante, qu'elle est plus ou moins bosselée et résistantet etc. D'ailleurs, dans cette affection, pas de conduit lactifère, dur et sensible à la palpation.

Mêmes signes différentiels d'avec le *galactocèle concret*, où l'écoulement fait, du reste, défaut.

Quand la néoformation, envahissant la poche kystique, la distend de plus en plus, au point de former une tumeur solide ne présentant çà et là que quelques points fluctuants, le diagnostic ne comporte plus de difficultés : la marche progressive de la maladie, s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire, d'altération de la santé, etc., fait forcément songer à une tumeur de nature maligne et récidivante. Cette donnée suffit au pronostic et au traitement, sans qu'il soit absolument besoin d'un diagnostic rigoureux, impossible d'ailleurs dans la plupart des cas.

TRAITEMENT

Le traitement de kystes ainsi constitués relève évidemment tout entier de la chirurgie.

Mais, malgré les vives inquiétudes que pareille tumeur leur inspire, les malades acceptent difficilement, dès le début, une opération radicale. L'intervention, d'ailleurs, n'est point urgente, et le chirurgien peut attendre sans manquer à son devoir et aux préceptes de la science.

Les applications topiques seront donc souvent la seule thérapeutique du début. Parmi les médicaments employés en pareil cas, on peut conseiller de préférence : les pommades iodurées, les emplâtres de savon ou de ciguë, la solution de chlorhydrate d'ammoniaque prônée par Velpeau dans les kystes simples, les vésicatoires volants souvent répétés. La compression peut être de quelque utilité, soit seule, soit concurremment avec les topiques locaux. — A l'intérieur, on peut conseiller l'iodure de potassium et les eaux minérales.

Notons, néanmoins, que cette thérapeutique purement médicale ne saurait être légitimement appliquée que dans le cas où la malade pusillanime se refuserait à l'opération : ces moyens n'offrent, en effet, aucune chance de succès. Tout au plus, les émollients et le repos pourront-ils amener parfois une amélioration passagère. (Obs. I.)

Il faut donc de toute nécessité recourir aux ressources de la chirurgie. Nous allons exposer et discuter en quelques mots les diverses méthodes conseillées en pareil cas.— La ponction, employée à juste titre dans les kystes exclusivement liquides, serait, dans le cas actuel, d'une utilité contestable. Les kystes par rétention sont en effet, dès le début au moins, d'un volume médiocre, l'écoulement séro-sanguin mettant obstacle à leur développement. La ponction ne saurait donc être véritablement indiquée que si la poche, ne communiquant plus avec les orifices du mamelon, prenait un accroissement considérable aux dépens des parties voisines, et devenait la source de douleurs vives.

L'injection iodée, dont on fait suivre en général la

ponction, l'incision simple, le séton ne sauraient offrir aucune chance de cure radicale. Il faut en effet traiter ici plus que le kyste, — fait accessoire dans l'histoire de la tumeur; — il faut enlever la racine du mal, c'est-à-dire détruire complètement la production nouvelle.

Les caustiques, l'instrument tranchant ou l'union de ces deux moyens chirurgicaux sont donc les seuls modes rationnels de traitement. Lequel choisir?

Les caustiques seuls, à peine applicables d'ailleurs dans les kystes profonds, provoquent une douleur vive et de longue durée; les eschares sont lentes à se détacher, les cicatrices indélébiles, les récidives à craindre, le chirurgien n'opérant jamais aussi largement aux caustiques qu'au bistouri. Leur cause est depuis longtemps jugée. (Velpeau, *loco citato.*)

L'incision simple du kyste suivie de la cautérisation énergique du point de départ de la tumeur, opération qui pourrait au premier abord sembler rationnelle, en raison même de la ténuité du pédicule, n'offre sur l'ablation complète aucun avantage sérieux.

Rien de plus simple en effet que l'extirpation, la tumeur mobile et bien limitée s'énucléant aisément. Les récidives sont prévenues dans la mesure du possible, si l'on a soin de trancher en plein tissu, et d'enlever du même coup la portion de l'organe qui a servi de gangue au kyste et le kyste lui-même. L'opération est peu grave, la réaction qui la suit à peine accusée, la cicatrice peu visible. C'est donc à l'instrument tranchant que nous donnons à tous points de vue la préférence. Son emploi aura d'autant plus de chances de succès que la tumeur sera plus petite et plus rapprochée par conséquent du début de son existence.

L'indication d'un traitement radical serait rigoureuse encore, et l'ablation du sein tout entier pourrait être nécessaire si le mal avait envahi une grande partie de la mamelle. L'engorgement des ganglions, la hernie de la

tumeur à travers la peau, un commencement de cachexie ne sauraient être un obstacle absolu à l'opération. Le traitement dans ce cas ne différerait guère de celui des affections malignes dont il serait d'ailleurs impossible à cette période de distinguer la tumeur kystique. Je crois donc inutile d'insister, et renvoie aux auteurs où les indications et contre-indications sont longuement discutées.

Quant au pansement consécutif, je crois préférable, en raison de la perte de substance qu'a subie la mamelle, de ne point tenter la réunion par première intention : on affronterait difficilement, je pense, la partie profonde de la plaie. Dans les deux cas plus haut rapportés, j'ai vu employer par M. Verneuil avec le plus grand succès, des pulvérisations phéniquées fréquentes, la plaie étant préalablement recouverte d'une grosse mousseline et d'une couche mince de charpie.

Au moment de terminer ce travail, je dois avouer avoir insuffisamment rempli la tâche que je m'étais imposée. Sur bien des points en effet, des affirmations précises m'ont été impossibles, vu le trop petit nombre de cas soumis à mon examen. J'espère cependant n'avoir point présenté un travail inutile, en attirant l'attention sur des faits peu traités encore et dont l'étude intéressante pourra se compléter par des observations ultérieures.

Mes conclusions seront celles-ci :

1° Il peut se développer, sur un point limité de la paroi des conduits galactophores, des tumeurs de nature diverse, généralement pédiculées, dont l'existence semble avoir pour cause (dans nos observations du moins) une violence extérieure.

2° Cet obstacle à l'écoulement des produits sécrétés amène une dilatation kystique ou une ectasie ampullaire de la partie terminale des conduits.

3° L'affection ainsi constituée présente deux caractères cliniques importants : un écoulement séreux ou séro-sanguin intermittent ; une forme particulière sur laquelle j'ai longuement insisté, lors de l'étude des symptômes. Pas de douleurs, pas d'adhérences au début.

4° Le mal offre une marche lente, longtemps compatible avec une santé parfaite. Son pronostic, néanmoins, pourrait devenir grave, si l'on ne s'opposait par une opération radicale au développement ultérieur de la tumeur.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

